Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 19. maja 1917. Nr 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala garnizonowego Nr 14. we Lwowie.

Studya do obrazu zapalenia nerek.

I.

O zachowaniu się serca i pni tętniczych w przypadkach ostrego zapalenia nerek.

Podał

Prof. Dr Maryan Franke.

Do typowych objawów przewlekłego zapalenia nerek, i to przebiegającego anatomicznie przedewszystkiem z bujaniem łącznotkankowem, należą, jak wiadomo, zmiany w sercu lub też w pniach wielkich naczyń, to jest w tętnicy głównej i płucnej, tak, że na obecności ich, a przedewszystkiem na stwierdzeniu przerostu mięśnia sercowego i zmian miażdżycowych w tętnicy głównej, opierano rozpoznanie przewlekłego zapalenia nerek, a wyłączano sprawę ostrą, w której przebiegu nie dochodzi nigdy do zaburzeń anatomicznych w sercu lub też w naczyniach obwodowych pod postacią miażdżycy. Badania jednak przedewszystkiem lat ostatnich wykazały, że przecież niezupełnie słuszne jest twierdzenie, jakoby przerost mięśnia sercowego bez innej podstawy, w danym przypadku wyłączał obecność sprawy ostrej w nerkach. Doświadczenie wykazało bowiem, że w klinice spotyka się przypadki stanowczo ostrego zapalenia nerek, w których stwierdzany przerost mięśnia sercowego (lewej komory) nie da się wytłómaczyć obecnością innej przyczyny, lecz musi stać w związku przyczynowym z istniejącą ostrą sprawą nerkową. Przypomnę tylko krótko pracę C. Friedländera, potem Silbermanna, którzy spostrzegali rozwijanie się przerostu lewej komory serca nieraz już w drugim tygodniu istnienia ostrego zapalenia nerek. Mannaberg podaje, że w $^1/_3$ przypadków ostrego zapalenia nerek spotykał powiększenie serca, a H. Strauss uważa jako pewnik, że pod wpływem ostrego zapalenia nerek może dojść, i to dość wcześnie, do rozwoju przerostu mięśnia sercowego. W wykładzie moim, wygłoszonym w kwietniu 1916 r. na zebraniu lekarzy wojskowych w szpitalu garnizonowym we Lwowie pod tytułem: »Über die Nierenentzündungen der Kriegsteilnehmer«, jak i w pracy »Über Nierenerkrankungen im Felde« ogłoszonej w »Feldärztliche Blätter der 2. Armee« (Nr 13. i 14. rok 1916), zwróciłem uwagę na to, jak często w przypadkach ostrego zapalenia nerek u żołnierzy spotykamy zmiany patologiczne w sercu, raz więcej przerost mięśnia, drugi raz więcej rozszerzenie komór serca, a także i stany patologiczne w tętnicy głównej, rzadziej zaś w tętnicy płucnej. Na podstawie tych spostrzeżeń zaliczyłem zmiany patologiczne narządu krążenia do objawów stałych i typowych dla ostrego zapalenia nerek u żołnierzy. Liczba moich przypadków, badanych w tym kierunku, wzrosła znacznie w ostatnim czasie, tak, że na podstawie ich będziemy się starali w niniejszej pracy dojść do wniosków ogólniejszych, opartych na większej liczbie przypadków. W ostatnim roku przez dłuższy lub krótszy czas pod moją opieką w szpitalu było 250 przypadków ostrego zapalenia nerek; w 119 z nich mogliśmy przeprowadzić szczegółowe badanie serca i głównych naczyń tętniczych, a w 67 z tych przypadków Dr Meisels, rentgenolog szpitala garnizonowego, wykonał szczegółowe badania rentgenowskie serca i pni naczyń głównych, i to także w tych, w których badanie fizyczne nie dawało żadnych podstaw do przyjęcia obecności jakichkolwiek zaburzeń w środkowym narządzie krążenia. W tych przypadkach właśnie dopiero badanie rentgenowskie nieraz wykazywało zmiany w sercu lub też w pniach głównych tętnic.

Dodam, że badane przypadki przedstawiały typowy obraz kliniczny ostrego kłębkowego zapalenia nerek (glomerulonephritis acuta), spotykany tak często u żołnierzy, który opisałem dokładnie w podanej pracy z poprzedniego roku. Stwierdzaliśmy w nich typowo bardzo znaczny ogólny obrzęk, w moczu duże ilości białka, a osad, prócz licznych wałeczków, zawierał bardzo obficie czerwone ciałka krwi, jako jeden z właściwych objawów tych postaci zapalenia nerek. Przypadki nasze nie odbiegają od obrazu, który w tej wojnie opisują i inni autorowie. Jasnem jest, że w obecnej pracy nie uwzględniamy zupełnie przypadków przewlekłego zapalenia nerek, jak i przypadków nawrotu zapalenia nerek u chorych, którzy przebywali zapalenie nerek już poprzednio.

Przechodząc do omówienia naszych spostrzeżeń, podam przedewszystkiem na pierwszem miejscu w y n i k i b a d a n i a f i z y c z n e g o s e r c a i p n i t ę t n i c z y c h, a zaznaczę odrazu, że ze 119 przypadków fizycznie obraz prawidłowy w tym kierunku spotkaliśmy tylko w 18 przypadkach, to jest 15% liczby ogólnej, natomiast w pozostałych 85% stwierdziliśmy nad sercem mniej lub więcej wyraźne zmiany patologiczne.

Wynik badania fizycznego był następujący: Oglądanie okolicy serca nie wykazuje ani nieprawidłowego wypuklenia (vaussure), ani rozleglejszego tętnienia. Uderzenie koniuszkowe stwierdzaliśmy rzadko, jako lekkie podnoszenie, w przeważnej liczbie przypadków zaś nie można go było wcale wykazać, i to nawet tam, gdzie nie było obrzęku na klatce piersiowej, który mógłby utrudniać badanie. W razie wyczuwalności uderzenia koniuszkowego stwierdzaliśmy je jako nieznaczne podnoszenie w V. międzyżebrzu, i to przeważnie w linii sutkowej lewej; dokładnie w 44% przypadków mogliśmy wykazać, że uderzenie koniuszkowe, jeżeli było macalne, lub też granica lewa serca w okolicy uderzenia koniuszkowego rozpoczynała się aż w linii sutkowej lewej; w trzech tylko przypadkach uderzenie koniuszkowe było przesunięte na lewo od linii sutkowej lewej. Pomruków (fremissement) nie stwierdzaliśmy nigdy. Stłumienie bezwzględne serca było prawidłowe

w 56% przypadków, a w 44% lewa granica serca rozpoczynała się w linii sutkowej lewej; granica prawa stłumienia bezwzględnego w przeważnej liczbie przypadków była jednak prawidłowa, a tylko w 15% sięgała ona do linii środkowej ciała. Innych nieprawidłowości stłumienia nie stwierdzaliśmy zresztą nigdy.

Krótko streścimy zmiany stłumienia sercowego następująco: W połowie przypadków istnieje powiększenie bezwzględnego stłumienia sercowego ku stronie lewej, i to najwyżej do linii sutkowej lewej; na prawo zaś w przeważnej liczbie granica stłumienia bezwzględnego zachowuje się prawidłowo, a tylko w małej części przypadków stłumienie sięga aż do linii środkowej ciała.

Dodać muszę, że u naszych chorych nigdy nie mogliśmy stwierdzić nieprawidłowego przytłumienia na rękojeści mostka, co mogłoby wskazywać na obecność znaczniejszego rozszerzenia łuku aorty i nigdy nie widzieliśmy nieprawidłowego tętnienia w dołku podsercowym.

Osłuchiwaniem znowu wykazywaliśmy nieprawidłowości przedewszystkiem nad koniuszkiem serca i w miejscu osłuchiwania zastawek tętnicy głównej. Stosunki osłuchowe prawidłowe nad koniuszkiem serca znaleźliśmy tylko w 22·5% naszych przypadków; w tych tony były czyste, ograniczone, nasilenie tonów było prawidłowe. W reszcie przypadków, to jest w 77·5%, stwierdziliśmy, osłuchując, objawy nieprawidłowe. Z tych przypadków w 24% były tony nad koniuszkiem serca bardzo głuche, rzadko tylko pierwszy ton, w 25% pierwszy ton był nieczysty, zbliżony do szmeru, a w 28·5% przypadków stwierdziliśmy nad koniuszkiem serca wyraźny szmer skurczowy w miejscu I. tonu, przy głuchym tonie rozkurczowym. Nad tętnicą główną znowu ton I (skurczowy) był nieprawidłowy tylko w 10% przypadków, więc głuchy lub nieczysty, w reszcie zaś prawidłowy; II. ton (rozkurczowy) natomiast był nieprawidłowy w 50% przypadków, i to wzmocniony, nieraz bardzo znacznie, a w 12% przypadków napewno ostrego zapalenia nerek II ton nad aortą był kłapiący, a nawet dźwięczny, podobnie, jak to przywykliśmy stwierdzać w przypadkach zapalenia nerek przewlekłego z bujaniem łącznotkankowem. W miejscu osłuchiwania tętnicy płucnej ton skurczowy (I) nieraz był głuchy, lecz nigdy nie dało się stwierdzić wzmocnienia tonu II. Nad okolicą zastawki trójdzielnej stosunki osłuchowe były prawidłowe.

Krótkie streszczenie badania osłuchiwaniem: $^3/_4$ przypadków naszych przedstawiało się nieprawidłowo; w tych przedewszystkiem I. ton nad koniuszkiem serca jest nieprawidłowy, a w $^1/_4$ z nich w miejscu I. tonu nad koniuszkiem występuje wyraźny szmer skurczowy; nad tętnicą główną przeciwnie rzadko tylko I. ton jest nieprawidłowy, II. zaś w połowie przypadków jest nadzwyczaj głośny, kłapiący lub nawet dźwięczny.

Nadmienię jeszcze, że przeważnie wypełnienie tętnic obwodowych jest dobre, napięcie, zależnie od okresu, również dobre. Tętno w przeważnej liczbie przypadków było nieprawidłowo zwolnione, a bradykardya należała do objawów częstych, prawie stałych, i to również w przypadkach, nie okazujących cech mocznicy. Liczba tętna wynosiła często 50 do 60 uderzeń na minutę, a nawet spadała poniżej 50. Wypełnienie żył było zmienne, zależnie od stanu ogólnego.

Przechodząc do wyników badania rentgenologicznego, przypomnę, że szczegółowemu badaniu w tym kierunku poddaliśmy 67 przypadków ostrego zapalenia nerek; z tych tylko 7, to jest 10·4%, nie okazywało żadnych patologicznych zmian, ani w sercu, ani w pniach tętnic głównych, w reszcie zaś, to jest w 86·9%, mogliśmy stwierdzić rentgenologicznie nieprawidłowe zachowanie się serca lub aorty, rzadko zaś tętnicy płucnej.

Najczęściej sprawą patologiczną było zajęte serce samo, i to w 74·6% wszystkich przypadków. Do najczęstszych zmian patologicznych należy przerost mięśnia lewej komory serca, który stwierdziliśmy w 30 przypadkach, to jest w 45% tych, które zbadano promieniami Roentgena. Przerost komory lewej niezawsze był jednakowego stopnia, raz więcej, raz mniej wybitny i przeważnie bez równoczesnego rozszerzenia komory lewej, które spotkaliśmy równocześnie tylko w paru przypadkach. Znacznie rzadziej, a mianowicie tylko w 20 przypadkach (29%), stwierdziliśmy w sercu tylko rozszerzenie komór, i to w 12 z nich (17·9%) rozszerzenie dotyczyło obu komór serca, a w 8 (11·1%) tylko komory lewej, bez równoczesnych zmian w prawej komorze serca. Do najrzadziej stwierdzanych zmian należało wyraźne rozszerzenie lewego przedsionka, które wykazaliśmy w 3 przypadkach; nigdy zaś, co z naciskiem musimy podkreślić, nie stwierdzaliśmy rentgenologicznie ani przerostu komory prawej, ani zmian w prawym przedsionku serca.

Zmiany patologiczne, dotyczące serca, były zwykle połączone z równoczesnemi zmianami w pniu tętnicy głównej; u 34 chorych były zmiany równoczesne w sercu i w aorcie, a odosobnione zmiany tylko w samem sercu bez innych zaburzeń wykazaliśmy tylko w 16 przypadkach.

Poza sercem najczęściej sprawą patologiczną była zajęta tętnica główna, i to w 62·6% rentgenologicznie badanych przypadków. Z tych w 42 wykazaliśmy rozlane rozszerzenie tętnicy głównej, raz mniej, raz więcej wybitne; nigdy nie osiągało ono stopnia bardzo znacznego. Najczęściej ulegała rozszerzeniu część wstępująca, rzadziej równocześnie łuk, a w paru przypadkach i część zstępująca aorty. Dodam przytem, że nasycenie cienia aorty nie dawało żadnych pewnych danych do oceny zachowania się samej ściany tętnicy głównej.

Wspomniane rozlane rozszerzenie tętnicy głównej, jako zmianę jedyną, stwierdziliśmy tylko w 8 przypadkach, przeważnie zaś, to jest w 34, obok niego znajdowaliśmy zmiany i w sercu; w 18 z nich obok rozszerzenia aorty istniał przerost lewej komory serca.

Jako zmianę bardzo ciekawą wykazywało badanie rentgenowskie w 12 przypadkach (17·9%) wypuklenie cienia tętnicy płucnej, które można uważać za objaw rozszerzenia pnia tętnicy płucnej, lecz zawsze równocześnie istniały i inne zmiany w krążeniu centralnem. I tak w 4 przypadkach równocześnie istniało rozszerzenie, w 6 czysty przerost komory lewej serca; w 5 znowu stwierdziliśmy równocześnie także rozszerzenie tętnicy głównej, raz jeden rozszerzenie lewego przedsionka, a raz rozszerzenie prawej komory serca. Zaznaczyć muszę, że uwzględniamy tylko te przypadki, w których wypuklenie cienia tętnicy płucnej było dostatecznie wyraźne. Tu muszę dodać, że we wszystkich przypadkach rozszerzenia pnia tętnicy płucnej badanie fizyczne, z wyjątkiem dwu, wykazało miękki szmer skurczowy nad koniuszkiem serca, a w dwu tylko bardzo głuchy pierwszy ton.

Krótkie streszczenie wyników badania rentgenologicznego: Badanie to wykazuje najczęściej rozszerzenie tętnicy głównej — w $^2/_3$ wszystkich przypadków; w połowie zaś znajdujemy przerost lewej komory serca, rzadziej rozszerzenie obu, lub tylko lewej komory, a w 12 przypadkach rozszerzenie pnia tętnicy płucnej.

Na podstawie tych wyników badania fizycznego, jak i rentgenologicznego, sądzę, że jesteśmy zupełnie uprawnieni do twierdzenia, iż zmiany patologiczne w sercu i w pniach tętnic głównych należą do objawów stałych ostrego kłębkowego zapalenia nerek u żołnierzy. Chociaż badanie fizyczne jeszcze w 15% przypadków nie pozwala na wykazanie stanu patologicznego środkowego narządu krążenia, to przecież dopiero badanie rentgenologiczne wykazuje, że tylko w 10·4% przypadków serce i pnie tętnicze są wolne od schorzenia,

a w 89·6% środkowy narząd krążenia przy ostrem zapaleniu nerek kłębkowem jest dotknięty sprawą patologiczną.

Za najważniejszą zmianę, stwierdzaną w połowie naszych przypadków, musimy uważać przerost mięśnia lewej komory serca, którego rozpoznanie opieramy z jednej strony na wynikach badania rentgenologicznego, a z drugiej badania fizycznego, więc na stwierdzeniu lekkiego rozszerzenia stłumienia sercowego ku stronie lewej, wzmocnieniu drugiego tonu nad tętnicą główną i na wypełnieniu tętnic obwodowych. Zaznaczę, że do obecności tych zmian, i tak częstej, nie jesteśmy przyzwyczajeni w przypadkach ostrego zapalenia nerek, tak, że musimy się zastanowić nad tem, czy przyczyną ujemnych wyników w tym kierunku w przypadkach »pokojowego« zapalenia nerek nie są tylko braki samego badania fizycznego, zaniedbania stałej kontroli zachowania się serca w przypadkach zapalenia nerek przez prześwietlanie rentgenowskie; a może u naszych chorych wchodzą w grę inne szczególne czynniki etyologiczne, które mają swe źródło w samej służbie wojennej dotkniętych osobników. Tę sprawę musimy się starać rozświetlić, zanim będziemy mogli wysnuwać ogólniejsze wnioski z naszych licznych spostrzeżeń.

Stanem serca u żołnierzy w czasie wojny zajmowało się wielu autorów od samego początku wojny i sprawa ta była jednym z głównych tematów niemieckiego Zjazdu internistów w maju w Warszawie w 1916 r. Badania te wykazały, że przerost lewej komory serca należy do objawów bardzo częstych u żołnierzy, powracających z frontu bojowego. Między innymi podaje Wenckebach, że na stu żołnierzy piechoty u 47 znalazł powiększenie serca, a wśród nich u 42 stwierdził czysty przerost lewej komory serca, który on uważa za objaw fizyologiczny, wywołany przez zwiększoną pracę osobnika, a nie za stan chorobowy serca. Kaufmann znowu, który rozporządzał bardzo dużym materyałem żołnierzy, podaje również przerost serca, jako objaw bardzo częsty u żołnierzy, powracających z pola walki. Do podobnych wniosków doszli między innymi Schieffer, Külbs i Dietlen.

(Dokończenie nastąpi).

W sprawie rokowania przy gruźlicy otwartej płuc i gardła

podał

Dr Henryk Wilczyński (Zakopane).

W żadnej chorobie nie panują wśród lekarzy i laików ogólniki w tym stopniu, co w sprawie gruźlicy płuc. A wiele utartych już niejako pojęć i poglądów, nie skontrolowanych należycie doświadczalnie, powtarza się nawet w poważnych podręcznikach. Mimo wykrycia prątka gruźliczego, leczenie gruźlicy od lat stoi w miejscu. W ten lub ów sposób staramy się wzmocnić ustrój, niejako uodpornić go, w ten lub ów sposób dążymy do usunięcia, zabliźnienia lub zwapnienia ogniska gruźliczego. Każdy system leczenia ma swych zwolenników i obrońców. Jednakowoż jedynie sanitarne reformy, przepisy i uświadomienie ogółu wykazują w tej dziedzinie postęp. Tam, gdzie walka z gruźlicą przybrała charakter społeczny, — zmniejsza się odsetka zachorowań; jednakowoż statystyka wyzdrowień jest mniej więcej ta sama, zależna od odporności ustroju, stopnia choroby, a w pewnej mierze i od charakteru zabiegów leczniczych. Naprzykład chorzy w sanatoryach łatwiej i skuteczniej osiągają poprawę, niż w domu prywatnym lub podczas turystyki; również poprawa, uzyskana w klimacie chłodnym, zdaje się być trwalszą, niż poprawa, uzyskana nad morzami południa. Każdy lekarz specyalista stara się w cyfry ująć wyniki leczenia. W gruźlicy płuc i gardła liczby wyleczeń i polepszeń służą nawet za reklamę dla rozmaitych zakładów. Każde sprawozdanie sanatoryalne jest przepełnione liczbami.

Jednakże zastanowić musi, dlaczego pewne postacie choroby są łagodniejsze, mimo zmian rozległych, inne — mimo zmian początkowych — dążą szybko ku kresowi; dlaczego blondyni i blondynki zwłaszcza są naogół mniej odporni na gruźlicę, dlaczego ona w ustrojach z usposobieniem do skazy moczanowej przebiega łagodniej; dlaczego zołzy u jednych leczą się łatwo, u drugich po kilku latach mimo starań zapobiegawczych rozwija się niepowstrzymanie gruźlica opon mózgowych, płuc, lub kości, jelit i t. p. Teorye o uodpornianiu przez jednorazowe pokonane zakażenie, o większej odporności tych ustrojów, które już chorowały, dalej teorye o wytrzymałości ludzi starszych »po trzydziestce«, znajdują uzasadnienie jedynie w statystyce, natomiast trudno dopatrzeć się powodów tej różnicy w warunkach biologicznych, trudnych do poznania właśnie w gruźlicy.

Surowice, szczepionki, jady i inne przetwory, uzyskiwane z rozmaitych preparatów prątka gruźliczego ludzkiego, bydlęcego, nawet żółwiowego, wreszcie przetwory, uzyskane z prątków chorego osobnika i u tegoż osobnika stosowane, dalej wysięk zapalny, jako naturalny produkt walki zarazka z ustrojem, stosowano nieraz z dobrym skutkiem. Trudno przypuścić, by ta obszerna kazuistyka i opisy szeregu przypadków były złudzeniem, lub zgoła błędem. Być może, że prawda leży właśnie w nieobliczalności gruźliczego schorzenia co do rokowania.

Każdy praktyk przeżył z pewnością niejeden zawód, iż młody suchotnik ze zmianami dość daleko posuniętemi — zdrowiał, kończył nauki i robił karyerę, a odwrotnie — inny, u którego tylko niewielkie zmiany znaleść można było w prawym szczycie, gdzie, zdawałoby się, trochę odpoczynku i »świeżego« powietrza wystarczyłoby dla uzdrowienia, ginął na uogólnioną gruźlicę.

Wykrycie źródła, z którego płynie odporność lub brak jej w ustroju, lub też poznanie przyczyny większej lub mniejszej złośliwości prątka gruźliczego, oto zadanie, dotychczas nie rozwiązane, a ponętne.

W wydzielinach chorych na gruźlicę spotykamy prątki Kocha. Czy jest ich wiele, czy mało, to ma dla chorego znaczenie podrzędne. Tabela Gaffkyego jest przeżytkiem.

Natomiast bakteryolodzy i lekarze zauważyli, że prątki te różnią się między sobą. Rozpoznawano kształty »inwolucyjne«, t. j. o zabarwieniu przerywanem, lub postacie nieregularne, miejscami przewężone albo niejako napęczniałe. Sądzono, że powstanie takiej »inwolucyi« świadczy o zwyrodnieniu szczepu prątków i o pomyślnym zwrocie w kierunku zwalczania choroby. Moje spostrzeganie na setkach przypadków wykazało, że znalezienie prątków gruźliczych przerywanych, zazwyczaj stosunkowo długich, świadczy o złośliwym przebiegu sprawy; nie są to więc postacie inwolucyjne. Inaczej z prątkami pokurczonymi jakby i napęczniałymi; to, być może, jest wyrazem upośledzenia ich rozwoju. Dalej zauważono typy prątków dłuższych i krótszych (tbc — bacillus humanolongus i tbc — bacillus humanobrevis). Na te postacie zwracałem baczniejszą uwagę od lat dziewiętnastu. Ale dopiero podczas wojny mogłem swoje spostrzeżenia sprawdzić na większym materyale. Zastanawiało mię, iż ci chorzy, w których plwocinie znajdowałem prątki krótkie, grubsze, jednolicie zabarwione, mieli łagodny przebieg choroby, z małą gorączką lub bez gorączki, o postaci przeważnie włóknistej; ale i w plwocinie z jam takie prątki spotykałem. Naprzykład jeden z chorych ma od lat piętnastu wielką jamę, sporo odplucia, a zawsze z tym samym typem prątków; nie gorączkował wysoko nigdy, przeważnie nie gorączkował wcale; żona jego zdrowa, a jedno z czworga dzieci urodziło się z gruźlicą, na którą w kilka tygodni zmarło.

Gruźlica gardła przebiegała powolniej, zabliźniając się nawet, jeśli prątki były krótkie, barwiące się jednolicie.

W przypadku gruźlicy jelit u dziewczynki 5-letniej (obecnie już dwunastoletniej) wykryto w śluzie kału liczne prątki typu krótkiego. Sprawa z powodu ustawicznego stanu podgorączkowego, krwawień jawnych z jelit i objawów nieżytowych, bardzo częstych, wydawała się przegraną; jak po 2 latach nastąpiła poprawa. Jest to drugi dopiero spostrzegany przezemnie przypadek przycichnięcia gruźlicy jelit. W pierwszym — u dorosłej kobiety, operowanej, przed laty znalazłem w plwocinie prątki krótkie.

Natomiast fatalny przebieg bywał tam, gdzie wykrywałem prątki długie, cienkie, a szczególnie o przerywanem zabarwieniu. Ani jeden z takich chorych nie wyzdrowiał, prawie wszyscy od początku mieli szybko postępującą chorobę. W ostatnich latach odważałem się na mocy właśnie wykrycia tego typu długich prątków rokować niepomyślnie już w początkach choroby i niestety rokowania zawsze się sprawdzały.

Zdarzało się, że prątków krótkich było bardzo wiele, całe kolonie, po kilkaset w polu drobnowidowem, a chory zdrowiał; natomiast kilka długich, cienkich, przerywanych prątków wróżyło o niepomyślnem rokowaniu.

Takiego chorego z gruźlicą otwartą, u którego raz znajdowałem jeden typ prątków, innym razem drugi typ prątków nie miałem. Niedawno pisano o tem, że typ prątków trzyma się niejako danej pożywki (Kromberger: Beiträge z. Klin. d. Tuberk. 1915, Bd. 33, H. 4, S. 267), i ta właśnie praca zniewoliła mnie do ogłoszenia moich spostrzeżeń już teraz, wbrew pierwotnemu zamiarowi, by przedstawić rzecz później, wraz z całem piśmiennictwem, obecnie mi niedostępnem. Spostrzeżenia moje zbierałem w praktyce wiejskiej na Ukrainie, od roku 1904 w Zakopanem, w ostatnich dwóch latach w Krakowie, w szpitalach wojskowych.

Spostrzeżenia te mają tę praktyczną stronę, iż jeśliby istotnie długi typ prątków gruźliczych zawsze źle rokował, podobnie jak odczyn dwuazowy (czy ma z nim przyczynowy związek?), lecz o wiele wcześniej, to możnaby nieraz uniknąć znacznych kosztów leczenia w sanatoryum. Prócz tego należałoby takiego chorego zawsze odosobnić, ile możności dokładnie, gdyż jego prątki są złośliwe.

Zdarzało mi się badać plwocinę, w której prątki były rozmaitej długości, krótsze i dłuższe, jakby o typie mieszanym. Jeśli się znajdowały prątki niejednostajnie się barwiące, jakby dziurkowane — zejście było niepomyślne. Wspomnę tu o dwu przypadkach gruźlicy ostrej po zapaleniu płuc. W jednym u młodego żołnierza było mnóstwo prątków, wszystkie długie, przeważnie przerywane. W drugim przypadku u młodej kobiety było niewielkie ognisko po stronie lewej w dolnym płacie z nielicznymi prątkami długiego typu. W pierwszym przypadku szybkie zejście śmiertelne, w drugim mimo sztucznej odmy na początku niemal sprawy gruźliczej, po roku blizko ciągłej gorączki i podtrzymywania odmy — również zejście śmiertelne.

Na salach gruźliczych w szpitalach wojskowych chorzy byli zgromadzeni razem, mieli tę samą dyetę i jedli, wiele apetyt pozwalał, znosili te same niewygody i ograniczenia z rozmaitych powodów, a jednak mimo wilgotnego miejskiego powietrza chorzy z prątkami krótkimi raźniej się trzymali, przestawali gorączkować, waga i siły wzrastały, kaszel ustawał. Natomiast mało który chory z prątkami długimi doczekał się superrewizyi. Zarazki gruźlicze, znajdowane przezemnie w zapaleniu opon mózgowych, najądrzy, w ropie z przetok, w śluzie kału przy gruźlicy jelit (wyjątek wyżej opisany), — były także długie i cienkie. Co prawda, były to same beznadziejne przypadki, stosunkowo nieliczne.

Pozostaje jeszcze zastanowić się, jakie zjawiska biologiczne mamy tu przed sobą.

Jeśli przyjmiemy, iż prątki gruźlicze stanowią wogóle odrębną, pokrewną sobie rodzinę (jak n. p. prątki czerwonki), to można przypuścić, iż prątki długie i prątki krótkie są typami odrębnymi. Udałoby się to wykazać zapomocą badań aglutynacyjnych, a może i anafilaktycznych, jak próba Moro lub Pirqueta i t. p.

Gdyby się jednak okazało, że jest to ten sam typ, tylko w ustroju podatnym ulega jakby wybujaniu, mielibyśmy t. zw. mutacyę. Jednakowoż dowieść tej mutacyi byłoby trudno ze względu na niemożliwość doświadczeń na ludziach.

Pozostaje jeszcze droga śledzenia w ciągu lat u tych samych chorych, czy nie zachodzi u nich zmiana typu prątków. Trzeba przy pogorszeniach i nawrotach badać, czy wciąż ten sam typ się utrzymuje, oraz czy nie było powodu do nowego zakażenia prątkami odmiennego typu. Należy szczególnie mieć na oku suchotników z prątkami długimi. Bo chociaż nie zdarzyło mi się u takich widzieć wyleczenia ani stalszej poprawy, to może inni koledzy będą szczęśliwsi.

Streszczając moje spostrzeżenia i myśli, wypowiadam przypuszczenie, iż:

1) Typy prątków gruźliczych ludzkich są niejednakowo złośliwe.

2) Prątki długie, a zwłaszcza niejednostajnie barwiące się sposobem Ziehl-Neelsena (dziurkowane), są złośliwsze, dają podstawę do niepomyślnego rokowania.

3) U chorego na otwartą gruźlicę stwierdza się zazwyczaj jeden typ prątków w ogniskach pierwotnych i wtórnych.

4) Należy zbadać, czy próby anafilaktyczne w przypadkach gruźlicy utajonej (zamkniętej) wypadają jednakowo z tuberkuliną prątków długich i krótkich.

5) Należy zbadać doświadczalnie, jak się zachowa złośliwość typów prątków ludzkich u zwierząt.

Ze szpitala powszechnego w Nowym Targu.

Ciało obce (igła strzykawki) w płucu i jamie opłucnej

opisał

Dr Wilhelm Türschmid,
kierownik szpitala.

Ciała obce dostają się do płuc na trojakiej drodze.

Pierwsza i najczęstsza, to naturalna droga poprzez krtań, tchawicę i oskrzela, którędy ciała obce przy akcie wdechu mogą być aspirowane i dostawać się do płuc.

Częściej cierpi na tem prawe płuco, którego główne oskrzele przy podziale (bifurcatio) pod mniej ostrym kątem, łagodniej, odgina się w bok, aniżeli oskrzele główne płuca lewego, stanowiąc przez to prostszą drogę dla wnikania ciał obcych.

Drogą tą aspirowane ciała obce mogą w płucu wywołać odczyn w postaci natychmiastowego napadowego kaszlu, który nieraz szczęśliwie wyrzuca ciało obce z powrotem na zewnątrz, lub też co gorzej w postaci krwioplucia, krwotoków płucnych, zapaleń, ropnia i zgorzeli płuca.

Nieraz ciało obce, aspirowane do płuc, może tu pozostawać miesiące, a nawet lata całe (jak w opisanym przez Jova przypadku, gdzie aspirowany gwóźdź przebywał spokojnie 7 lat w płucu), poczem po tyloletnim spoczynku daje ono czasem powód do zgoła nieoczekiwanej i niewytłumaczonej na razie zgorzeli płuc lub też ropnia płucnego, jak to było n. p. w przypadku, opisanym przez Grunerta, gdzie w przyczynowo niewyjaśnionym na razie ropniaku opłucnej i ropniu płuca znaleziono od paru lat pozostałe w płucu źdźbło i kłos zboża. Podobny przypadek opisuje też Tillmanns, gdzie przy sekcyi dziecka, zmarłego z powodu ropnia płuca, znaleziono w płucu 5·2 cm. długi kłos żytni.

Drugą, stosunkowo rzadką drogę dla przedostawania się ciał obcych do płuc stanowi przewód pokarmowy, a więc w szczególności przełyk, z którego ciała te przez przebicie wędrować mogą aż do płuca. Rozumie się, że rokowanie w tych przypadkach jest zasadniczo złe z powodu następowych spraw ropnych w śródpiersiu, a zejście bywa prawie zawsze śmiertelnem. Dodać należy, że rokowanie zależy tu też w dużej mierze od jakości i kształtów ciała obcego, które n. p. w przypadku Seidla w postaci 2·2 cm długiej, połkniętej przed 5 laty igły przedostało się do płuca, nie wywołując po drodze żadnych objawów ropnego zajęcia śródpiersia i zostało wydobyte z płuca przy pomocy bronchoskopii.

Trzecią wreszcie drogą dla wędrówki ciał obcych do płuc jest droga od zewnątrz klatki piersiowej poprzez jamę opłucną. Jeżeli wyłączymy, jako osobną grupę, dzisiejszą dużą kazuistykę wojenną pocisków i ich części w płucach, to w przedwojennych czasach drogą tą ciała obce dostawały się do płuca względnie rzadko. Zależnie od jadowitości drobnoustrojów, które z ciałem obcem wtargnęły poprzez jamę opłucną do płuc, oraz od rozmiarów towarzyszącej rany skórnej, kształtowały się wtórne, prawie że nieodłączne następstwa w postaci ropniaka opłucnej oraz ropnia i zgorzeli płuca.

Jakość ciał obcych, napotykanych w płucach, jest bardzo rozmaita.

Najczęściej spotykano w płucach kości, aspirowane wśród jedzenia potraw (Kilian, Schilling, Hesse), to znów kłosy żytnie, szczególniej u nieletnich dzieci (Beckmann), raz ułamane ostrze noża (Baldwin), nasadkę metalową ołówka (Flörcken), nasadkę z trąbki dziecinnej (Sehrt), kawałki lustra (Hesse), igłę do szycia (Seidel), raz znów, i to w wysięku ropnym opłucnej, około 9 cm długi, a $3^1/_2$ cm szeroki kawał koszuli, który przy rozległej ranie klatki piersiowej, zadanej piłą, został wprost wparty do środka i tu pozostając długi czas, dawał powód do przewlekłego ropniaka opłucnej (Bichler).

Ciekawie przedstawia się przypadek, opisany przez Hessego: 24-letni kelner przy schodzeniu do piwnicy upada i uczuwa kłujący ból w okolicy lewej łopatki. Popod lewym kątem łopatki rana wielkości 10-halerzówki; żadnego ciała obcego ani obmacywaniem, ani prześwietlaniem promieniami Roentgena nie wykryto. Podskórna odma powietrzna i odma piersiowa po stronie lewej wystąpiły tuż po wypadku. Po parodniowem leczeniu wyczekującem wykonano w piątym dniu po wypadku z powodu pogorszenia się stanu ogólnego i podniesienia ciepłoty zabieg operacyjny w postaci otwarcia jamy opłucnej i istniejącego tu ropniaka; zabieg ten wykrył w jamie opłucnej 12 cm długi ołówek!

Spostrzegany przezemnie przypadek, który usprawiedliwia te przedwstępne uwagi, zajmuje osobliwe miejsce pod względem jakości ciała obcego, i sądzę, że zainteresuje tak chirurga, jak też i internistę.

D. 14. XII. 1916 zostałem wezwany na naradę lekarską celem udzielenia pomocy chirurgicznej.

Chory, 26 lat liczący, dziedzicznie w kierunku chorób płucnych nie obciążony, choruje od $1^1/_2$ roku. Początkowo leczony na nieżyt szczytów płuc w »Klein Semmering« obok Litomierzyc w Czechach, wrócił do Zakładu Dr Dłuskiego w Zakopanem, gdzie przebył około 7 miesięcy przy coraz to dalej postępującem polepszaniu się stanu płuc. Ciepłota ciała, dawniej wynosząca powyżej 38° wieczorem, opadła do stanów podgorączkowych; chory nie miewał potów, przybierał na wadze, apetyt dobry.

Zdjęcie rentgenowskie, w tym czasie wykonane, wykazuje znaczne zmiany w szczycie oraz u wnęki płuca lewego, a tylko nieznaczne zresztą zagęszczenie tkanki płucnej w dolnych częściach płuca prawego. Przy ciągle postępującem polepszeniu chory został przeniesiony z powodów służbowych do innego Zakładu leczniczego i tu po parotygodniowym pobycie nagle w niespodziewany sposób d. 26. VII 1916 przy gwałtownym napadzie kaszlu chory uczuł ogromną duszność, a badanie lekarskie stwierdziło odmę opłucną zupełną po stronie prawej, a więc tej, w której tak poprzednie badanie, jako też i prześwietlenie promieniami Roentgena stwierdziło sprawę chorobową mniej posuniętą, niż po stronie drugiej. Po wystąpieniu odmy chory przez parę dni walczył wprost ze śmiercią i niewypowiedzianą dusznością, podtrzymywany wstrzykiwaniami olejku kamforowego i naparstnicą. W drugi tydzień po odmie wystąpiły z tejże strony (prawej) objawy wysięku, i to spodziewano się przy wysokiej ciepłocie wysięku ropnego.

Nakłucia próbne, wykonane sześciokrotnie przez czas pięciomiesięczny przy występujących od czasu do czasu podniesieniach ciepłoty, wykazywały zawsze, ku zdziwieniu ordynujących lekarzy, płyn surowiczy czysty, w którym badanie bakteryologiczne nie wykrywało prątków Kocha.

D. 13. XII. przystąpiono do siódmego z rzędu nakłucia próbnego i przy temże przy wydobyciu płynu strzykawką Record w rękach doświadczonego kolegi igła (wyrób wojenny) ułamała się i przy niespodzianym ruchu, czy kaszlu chorego cofnęła się w głąb. Przy pomocy zawezwanych kolegów nacięto w miejscu wkłucia, igły jednak nie znaleziono.

Od tego czasu chory bardzo niespokojny, podniecony, miewa napady duszności. Przy badaniu, podjętem na miejscu, poza podniesieniem ciepłoty, nie przekraczającem jednak 38°, znalazłem objawy wysięku opłucnego prawostronnego, sięgającego aż do szczytu płuca i odsuwającego znacznie serce ku stronie lewej; wedle zdania kolegów ordynaryuszy wysięk zwiększył się znacznie od paru dni. Uderzenie koniuszkowe serca w V. międzyżebrzu na 3 cm poza linią sutkową ku stronie lewej. Tony serca głuche, ton drugi nad tętnicą płucną wyraźnie zaostrzony. Tętno 126 na minutę, regularne. Ciepłota 37·8°. W miejscu bezskutecznego nacięcia celem odszukania igły i w okolicy ani wzrokiem, ani obmacaniem nie zdołałem wykryć ciała obcego. Wobec objawów ucisku wysięku na serce, dużej duszności i wielkiego podniecenia chorego postanowiliśmy po naradzie z kolegami, że wysięk należy bezwarunkowo wypuścić; ze względu na obecność ciała obcego zdecydowaliśmy się na radykalną resekcyę żebra i torakotomię oraz na równoczesne wydobycie ciała obcego.

Operacyę wykonałem w dniu 20. grudnia 1916, L. prot. st. chor. 1080, L. oper. 358, w szpitalu w Nowym Targu. Cięcie przez bliznę, pozostałą po bezskutecznem nacięciu, wykonanem poprzednio, aż do żebra z przecięciem okostnej żebrowej. Po rozsunięciu hakami brzegów rany nie można nigdzie wyczuć ciała obcego. Po oddzieleniu okostnej i zresekowaniu żebra na długości 6 cm otwarto jamę opłucną i wypuszczono około $1^1/_2$ litra płynu surowiczego mętnego. Po założeniu szerokich haków na brzegi nacięcia opłucnej ujrzałem na dolnym płacie zapadłego płuca masy włóknikowe, ułożone w postaci pasma, grubego na 2 palce, ciągnącego się od płuca ku opłucnej żebrowej tuż popod miejscem nacięcia. Przez dotknięcie palcami przekonałem się, że w głębi tych mas włóknika znajduje się igła, wbita końcem w płuco, a wolnym końcem zwrócona ku jamie opłucnej. Ciało obce (igła długości 7 cm) wyjąłem z płuca i ze względu na znaczne zmętnienie płynu wysiękowego, w którym badanie mikroskopowe wykazało dużą ilość ciałek ropnych, założyłem dwa sączki gumowe do jamy opłucnej; resztę rany zeszyłem.

Przebieg pooperacyjny po 5-dniowem znacznem podniesieniu ciepłoty nie odbiega w niczem od zwykłego typu podobnych przypadków.

Dostanie się igły końcem do płuca tłumaczyć należy nabiciem się płuca na igłę przy gwałtownym wdechu, kaszlu lub ruchu chorego i wciągnięciu jej w głąb przy pierwotnem bezskutecznem poszukiwaniu.

Piśmiennictwo. 1) Kilian. Deut. med. W. 1900. — 2) Jova. Ref. Zentr. f. Chir. 1900. — 3) Beckmann. Deut. Zeits. f. Chir. Bd. LXIV. — 4) Baldwin. Ref. Zentr. f. Chir. 1903. — 5) Bichler. Münch. med. W. 1905. — 6) Grunert. Med. Klinik 1906. — 7) Bayer. Münch. med. W. 1909. — 8) Schilling. Ref. Z. f. Chir. 1910. — 9) Seidel. Münch. med. W. 1910. — 10) Hesse. Zentr. f. Chir. Nr 30, 1912. — 11) Sehrt. Münch. med. W. 1913. — 12) Flörcken. Zentr. f. Chir. 1913. — 13) Tillmanns. Zentr. f. Chir. 1913.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 21. VI. 1916.

Przewodniczy kol. Piltz. Obecnych członków 21.

1) Przewodniczący odczytuje list kol. Ciechanowskiego, zawiadamiający, że Redakcya »Przeglądu lekarskiego« otrzymała od wojskowego Zarządu gubernialnego z Lublina pisemny wy-

raz podziękowania i uznania z powodu publikacyi w sprawie zapobiegania i zwalczania chorób wenerycznych.

2) Protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto.

3) Kol. Blassberg wygłosił wykład p. t.: **Przyczynek do żółtaczki epidemicznej.** Liczba schorzeń na żółtaczkę u osób żyjących w tych samych warunkach, a mianowicie po szkołach, więzieniach i kasarniach, tak się niekiedy wzmaga, że przybiera charakter epidemiczny. Na podstawie własnych spostrzeżeń oraz na podstawie rozpatrzenia wszystkich dotychczas przytaczanych czynników etyologicznych wyraża kol. B. przypuszczenie, że glisty mogą w korzystnych warunkach, mnożąc się u ludzi, wywoływać masowe schorzenia przewodu pokarmowego i t. zw. żółtaczkę epidemiczną.

W dyskusyi kol. Grünhut podnosi, że żółtaczkę u dzieci spotyka się dość często na tle glist.

4) Kol. Gieszczykiewicz wypowiedział wykład: **O rozpoznawaniu i leczeniu ospy.** We wstępie podał prelegent statystykę, zebraną co do ospy w szpitalu zakaźnym w Łobzowie. Wśród przeszło 100 przypadków śmiertelność wynosiła 11·5%. Szczepienie chroni od zachorowania na przeciąg około 10 lat, jeszcze kilkanaście lat po szczepieniu występuje ospa w postaci złagodzonej. Szczepienie, wykonane 5—20 dni przed zachorowaniem, chroni przed chorobą, albo łagodzi jej przebieg. Szczepienie w ostatnich 4 dniach przed zachorowaniem nietylko nie chroni, lecz nawet zaostrza przebieg choroby (faza ujemna). Następnie omawiał kol. G. dyagnostykę różniczkową ospy w pierwszych okresach i ospy złagodzonej, podając, jak często rozmaite objawy, podawane jako charakterystyczne dla ospy w tym okresie, dały się w szpitalu łobzowskim spostrzegać i z jakiemi pomyłkami rozpoznawczemi miał sposobność się spotkać. Potem omawia dyagnostykę eksperymentalną ospy, w szczególności oddziaływanie na szczepienie, odczyn rogówkowy u królika i odczyn odchylenia dopełniacza. W końcu przechodzi kol. G. do leczenia, uwzględniając głównie próby leczenia swoistego: seroterapię, chemoterapię (stosowanie salwarsanu i elektrargolu), działanie środków odkażających, stosowanych zewnętrznie, wreszcie fototerapię.

W dyskusyi przemawiał kol. Kowenicki, zwracając uwagę na znaczenie pryszczyków w gardle w rozpoznaniu ospy.

Posiedzenie z dnia 28. VI. 1916.

Przewodniczący kol. Piltz. Obecnych członków 14.

1) Przewodniczący kol. Piltz zawiadamia zebranych o zaproszeniu członków Towarzystwa przez rektora Kostaneckiego na posiedzenie na dzień 1 lipca, na którem kol. Marchlewski i Godlewski zdadzą sprawę z akcyi szczepienia ochronnego przeciw ospie, podjętej przez Uniwersytet Jagielloński.

2) Odczytano i przyjęto poprzedni protokół.

3) Kol. Lewkowicz w wyczerpującym wykładzie zdał sprawę z dalszych swoich badań nad **leczeniem nagminnego zapalenia opon** mózgowych drogą wstrzykiwań swoistej surowicy namózgowo i dokomorowo. Od czasu swego ostatniego referatu w tej sprawie miał prelegent sposobność obserwować i leczyć ogółem 47 przypadków. Śmiertelność wynosi średnio około 30%. Ale odsetek śmiertelności zależny jest od wieku chorego. I tym razem wyniki leczenia u oseesków są złe, śmiertelność duża i wynosi około 80%. Nieco lepiej przedstawiają się stosunki u dzieci powyżej 2 lat. Najniższa śmiertelność jest u dorosłych. Z 12 chorych dorosłych, leczonych przez prelegenta, zmarło tylko dwoje. Jeżeli jednak uwzględnimy, że niektóre z tych przypadków, które uważano za stracone, wyleczono niewątpliwie dzięki stosowaniu surowicy, to ta metoda leczenia jest zachęcająca. Prelegent stosował surowicę wiedeńską i tylko w dwóch przypadkach krakowską, lecz ta dała wyniki złe. Następnie prelegent zastanawia się nad tem, że droga dokomorowego stosowania surowicy jest najwłaściwsza, gdyż komory są głównem siedliskiem choroby. Ten wniosek da się wyprowadzić z tego, że komory w każdym przypadku są zakażone i że obraz zakażenia w komorach jest inny, niż w rdzeniu. Płyn mózgowordzeniowy jest mętny. Zawiera dużo ciałek ropnych, meningokoki są nieliczne i przeważnie nadtrawione. Płyn komorowy jest opalizujący, lekko tylko mętny, zawiera mało ciałek ropnych, obficie meningokoki, przeważnie pozaciałkowo. Co się tyczy jeszcze działania surowicy, to ona sama, jako środek leczniczy, nie wystarcza. Ustrój musi wytworzyć w sobie pewną odporność, by zwalczyć zakażenie. Po wstrzyknięciu surowicy meningokoki nie znikają odrazu, lecz pewna część ich, uległszy zabiciu, działa na ustrój, jako szczepionka, którą ustrój uodparnia się. Należałoby przeto zwrócić uwagę i na leczenie drogą stosowania szczepionek z hodowli meningokoków.

Posiedzenie z dnia 5. VII. 1916.

Przewodniczący kol. Piltz. Obecnych członków 18.

1) Odczytano i przyjęto poprzedni protokół.

2) Kol. Kramarzyński zamiast zapowiedzianego wykładu: »Przyczynek do dyagnostyki paratyfusu« zreferował dokładnie przypadek **zakażenia otrzewnej samym prątkiem durowym,** jako powikłania duru brzusznego. Punktem wyjścia zakażenia otrzewnej był rozmiękły gruczoł krezkowy. Do tego wniosku dochodzi prelegent po wyłączeniu innych przyczyn, jak: zapalenia otrzewnej wskutek przedziurawienia jelita, lub pęcherzyka żółciowego, lub wreszcie wskutek pęknięcia zawału śledziony. W piśmiennictwie opisano tylko kilka podobnych przypadków, wszystkie jednak z zejściem śmiertelnem. Przypadek kol. Kramarzyńskiego skończył się pomyślnie.

3) Kol. Wespański wygłosił wykład: **O leczeniu duru brzusznego szczepionką Vincenta.** Prelegent, zachęcony licznemi próbami leczenia duru brzusznego szczepionkami, stosował leczenie szczepionką Vincenta w 50 przypadkach duru, stwierdzonych bakteryologicznie. Wszystkie te przypadki należały pod względem przebiegu klinicznego do najcięższych. Z małymi wyjątkami byli wszyscy chorzy szczepieni ochronnie przeciw durowi. Szczepionkę Vincenta stosowano w ten sposób, że zaraz w pierwszym dniu po bakteryologicznem stwierdzeniu choroby wstrzykiwano 1 cm^3 szczepionki i co drugi dzień po 2 cm^3 aż do ogólnej ilości 9 cm^3. Z ogólnej liczby 34 przypadków wyleczonych tylko u 7 chorych nie zauważono wybitnego skutku działania szczepionki, natomiast u 27 ciepłota spadała w krótkim czasie do poziomu prawidłowego i następował prawidłowo przebiegający okres zdrowienia. Z ogólnej liczby leczonych zmarło 16. Tak wielki odsetek śmiertelności tłumaczy się tem, że brano do leczenia najciężej chorych. Mimo stosunkowo złych wyników leczenia tą szczepionką dalsze próby, zdaniem prelegenta, są wskazane.

W dyskusyi a) kol. Gieszczykiewicz wyraża zdanie, że nie należy jeszcze przesądzać sprawy. Możliwem jest, że stosowane dawki były nieodpowiednie. Kol. Gieszczykiewicz przypomina próby leczenia gruźlicy tuberkuliną. — b) Kol. Nitsch podkreśla, że przy stosowaniu jakiegoś leczenia nie należy dobierać specyalnych przypadków, lecz z ogólnej ilości wybrać połowę do leczenia obraną metodą przez losowanie. Przy takiem postępowaniu można dopiero z pewnej liczby przypadków wnosić o skutku obranej terapii w porównaniu z drugą połową, leczoną inną drogą.

Sekretarz doroczny: Dr Borowiecki.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 8. VII. 1915.

Przewodniczący Sew. Sterling; sekretarz A. Tomaszewski.

1) Kol. Krusche przeczytał referat **o zakażeniu ran postrzałowych.** Prelegent mówił o zakażeniu pierwotnem i wtórnem, oraz o leczeniu ran zakażonych. — W dyskusyi brali udział kol. M. Kohn, Tomaszewski, Rundo i Sterling.

2) Kol. Rosiewicz: **O ochronnem szczepieniu ospy w Łodzi w r. 1915.** W obszernem sprawozdaniu omówił R. sposób i całą organizacyę szczepienia, sprawdzania, czy ospa się przyjęła. Ogółem szczepieniu poddało się osób 26.526. — W dyskusyi wzięli udział kol. Trenkner, Skalski i Rundo, którzy obliczają, że ogólna liczba szczepień przewyższyła 80 tysięcy.

Posiedzenie z dnia 15. XII. 1915.

Przewodniczący Dr Pinkus; sekretarz A. Tomaszewski.

1) Kol. Sew. Sterling wygłosił wykład: **O wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy płuc.** Z powodu otwarcia szpitala miejskiego dla »lekko-gruźliczych« w Chojnach, mówił prelegent o kryteryach oceny kandydatów do tego szpitala. Punktem wyjścia wykładu była »karta choroby«, jaką prelegent ułożył dla tego szpitala. Mówił więc kolejno o znaczeniu następujących punktów schematu tej karty: Wywiady. Wartość rozpoznawcza wyniku pomiarów. (Szczególnie węzina pól szczytu). O nowych metodach określania wysokości szczytów płucnych i o ich topo-

graficznej projekcyi. Dalej, o znakomitej roli rozpoznawczej zmian, które daje oglądanie (inspectio) klatki piersiowej, zarówno kośćca, jak i skóry. O roli macania mięśni i wnioskach, z tej metody osiąganych. Wreszcie mówił o podanym przed paru laty przez siebie podziale klasyfikacyjnym suchot przewlekłych. Ten podział pozwala na bliższe, niż inne klasyfikacye, określenie »lekko« chorych, bo na określenie, niezależne od rozmiarów topicznych zajętej tkanki płucnej. Wreszcie mówił prelegent o dyssocyacyi różnych objawów płucnych i o konieczności zdawania sobie sprawy z istnienia tych dyssocyacyi.

Posiedzenie z dnia 19. I. 1916.

Przewodniczący Dr Krusche; sekretarz Dr Tomaszewski.

1) Kol. Stefan Sterling wygłosił wykład: **O walce z chorobami zakaźnemi.** Prelegent podał historyę danego tematu, wspomniał, że we wszystkich wojnach lwia część wojsk ginęła wskutek chorób zakaźnych i że systematyczna, planowa walka z niemi jest najgłówniejszem zadaniem państw kulturalnych w czasie pokoju, a tembardziej podczas wojny. W swym wykładzie prelegent głównie uwzględnił walkę z durem brzusznym i plamistym. Wspomniawszy pokrótce o objawach, charakterystycznych dla jednej i drugiej choroby, położył nacisk na rozpoznawcze znaczenie objawu opaskowego, charakterystycznego dla duru plamistego w razach wątpliwych. Walka z wszelkiemi chorobami właściwie rozpada się na dwa działy: 1) jak uchronić się przed chorobą; 2) gdy choroba wybuchnie, jak ograniczyć jej rozwój i rozpowszechnienie. Obszernie omówił S. szczepienia ochronne. Najwięcej rozpowszechniona co do ochrony od duru brzusznego jest szczepionka, zawierająca bakterye zabite pod wpływem ciepłoty, dochodzącej do 60°. Wstrzykuje się ją w odstępach tygodniowych, 7 razy. Szczepienie chroni ustrój na przeciąg 10 miesięcy.

W dyskusyi a) kol. Trenkner, mówiąc o objawach duru plamistego, wskazał na nastrzykanie spojówek i brunatny odcień skóry. — b) Kol. Rosiewicz zaznaczył, że na zasadzie różnicy wysypki nie można opierać rozpoznania. Objaw opaskowy otrzymywał zawsze. Odczyn dwuazowy Ehrlicha występuje już na 3. dzień przy durze plamistym, czego nie bywa przy durze brzusznym. — c) Kol. Maybaum wskazuje na to, że objaw opaskowy występuje i w innych chorobach zakaźnych. — d) Kol. Frenklowa pyta się, kiedy zaraźliwość duru plamistego ustaje. — e) Kol. Trenkner jest zdania, że liczba osób, które w 1914 r. na dur plamisty, zachorowały nie przekroczyła 15. Po przełomie, zdaniem T., dur wysypkowy przestaje być zaraźliwym. — f) Kol. Stefan Sterling w odpowiedzi zaznacza, że objaw opaskowy ma właściwie znaczenie prognostyczne, i wyraża zdanie, że dwa tygodnie po przełomie w durze plamistym należy chorego jeszcze uważać za zaraźliwego.

2) Kol. Garlicka przedstawiła **preparat macicy dwurożnej**, wydobyty przy operacyi z powodu torbieli przydatków macicznych.

Sprawozdanie za lata 1914 i 1915.

Wybuch wojny wpłynął ujemnie na działalność Towarzystwa lekarskiego. Właściwie normalne było jego życie do połowy czerwca roku 1914. W drugiej połowie, kiedy Łódź i okolice stały się terenem walki, kiedy odbywały się ciągłe przemarsze wojsk, a później trzeba się było zająć tysiącami rannych, dawał się czuć na każdym kroku brak lekarzy; nic dziwnego, że życie Towarzystwa lekarskiego zamarło.

Od stycznia 1915 roku zaczęło Towarzystwo powracać do normalnych warunków.

Liczba członków, z powodu pobrania do wojska i wyjazdu wielu kolegów, spadła do 48. Zarząd stanowili: Prezes Dr A. Krusche, wiceprezes Dr Sew. Sterling, sekretarz Dr A. Tomaszewski, skarbnik Dr H. Trenkner, bibliotekarz Dr Z. Prechner.

Komitety stałe stanowili koledzy, wybrani w 1914 roku, o ile nie wyjechali.

Na początku roku 1914 przyjęto do Tow. kol. Gundlacha, Lipszyca, Szapiro, Rosiewicza, Tomaszewską, Kumanta i Riedera.

Śmierć zabrała w ciągu r. 1915 kol. Rotwanda, Piekarskiego i Bernarda Edwarda.

Na uroczystość jubileuszową 40-lecia Lubelskiego Towarzystwa lekarskiego wybrano delegatów kol. Kruschego, Kolińskiego i Maybauma, na Zjazd internistów do Lwowa kol. Sew. Sterlinga, na Zjazd higienistów kol. S. Skalskiego.

Zarząd Towarzystwa nie odbywał w czasie sprawozdawczym wcale posiedzeń.

Towarzystwo odbyło w r. 1914 11 posiedzeń w pierwszem półroczu. W półroczu drugiem posiedzenia nie odbywały się wcale. W r. 1915 odbyło się 7 posiedzeń, a cały szereg posiedzeń nie odbył się z powodu zbyt małej ilości przybyłych obecnych. Na tak małą frekwencyę członków wpływały, oprócz względów wyżej wymienionych, także przeszkody uboczne, jak np. lokal nieopalany w ciągu zimy 1914/15.

Wykładów i odczytów wygłoszono w roku 1914 osiem, w 1915 dziesięć, a mianowicie w r. 1914: 1) Kol. S. Skalski: »O epidemii ospy w Łodzi w r. 1913«; 2) Kol. Sew. Sterling: »O sposobach określania ciśnienia krwi« (dwa wieczory); 3) Kol. Rieder: »O zakażeniu dróg moczowych u dzieci«; 4) Kol. Morawski: »O badaniach dziedziczności w psychiatryi«; 5) Kol. Luxemburg (gość z Warsz.): »O metodzie Abderhaldena«; 6) Kol. Goldberg: »O znieczuleniu lędźwiowem«; 7) Kol. Skalski: »O leczeniu gruźlicy metodą Dra Boudreau«; 8) Kol. Mikulski: »O stosunku umysłowo chorych do wypadków wojennych«.

W r. 1915: 1) Kol. Sterling: »O patologii duru brzusznego«; 2) Kol. Skalski: »O epidemii ospy w Łodzi w r. 1914«; 3) Kol. Szymanowski (gość z Krakowa): »O podstawach biologicznych zjawisk precypitacyi, aglutynacyi, bakteryolizy i hemolizy«; 4) Kol. Grzywo-Dąbrowski: »O znaczeniu dyagnostycznem badania płynu mózgowo-rdzeniowego w psychiatryi«; 5) Kol. Krusche: »O zakażeniu ran postrzałowych«; 6) Kol. Sterling: »O wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy płuc«; 7) Kol. Rosiewicz: »O epidemii cholery w Łodzi«; 8) Kol. Rosiewicz: »O sprawozdaniu z przymusowego szczepienia ospy w Łodzi 1915«. Sprawozdania ze szpitali przedstawili: Kol. Dąbrowski, Rundo, Pawłowska, Tomaszewski.

Ze spraw o podkładzie społecznym wymienić należy sprawę zaopatrzenia miasta w środki farmaceutyczne, których brak dotkliwie uczuwać się dawał. W sprawie tej odbyły się 2 posiedzenia, z których jedno z udziałem delegatów Towarzystwa farmaceutycznego. Na jednem z posiedzeń omawiano też projekt utworzenia Sekcyi aptekarskiej przy Centralnym Komitecie Milicyi.

Sprawozdanie z dorocznego posiedzenia Towarzystwa z dnia 2. II. 1916.

Obecnych członków 10, gości 5. Na przewodniczącego zebrania jednogłośnie wybrany został Dr Pinkus, który na assesorów poprosił kol. Rundę, Skalskiego, na sekretarza zaś Dr Rosiewicza.

1) Kol. Sew. Sterling, w zastępstwie nieobecnego sekretarza Tomaszewskiego, odczytał sprawozdanie z działalności Towarzystwa za ubiegłe dwa lata. Sprawozdanie po wniesieniu pewnych uzupełnień zostało przyjęte. Zebrani uczcili przez powstanie zmarłego kol. Ludwika Neugebauera, członka korespondenta Towarzystwa.

2) Następnie przystąpiono do sprawy wyborów członków Zarządu. Przewodniczący proponuje ze względu na okoliczności, jakoteż na brak wielu członków Towarz., poprosić dotychczasowy Zarząd o dalsze piastowanie urzędów, wybory zaś ograniczyć tylko do osoby skarbnika, ponieważ dotychczasowy skarbnik, Dr Trenkner, ze względu na brak czasu godności tej bezwarunkowo zrzeka się. Wniosek przewodniczącego przyjęto. Z dwóch kandydatów: kol. Maybauma i Gundlacha, pierwszy się zrzekł, wobec czego wybranym został Dr Gundlach. Na kandydatów na członków Towarzystwa podali się koledzy: Dąbrowski, Dengel, Holenderska, Lipiński, Marynowski, Mikulski, Knichowiecki, Felmanówna, Smoleński. Wszyscy zostali drogą balotowania wybrani do Towarzystwa.

Ambulatoryum dentystyczne Legionów polskich

przy Instytucie stomatologicznym U. J.

napisał

Prof. Dr W. Łepkowski.

Rok 1914, pamiętny wybuchem wojny, jakiej dzieje ludzkości nie znały, wywierając swój znamienny wpływ na wszystkie

zawody naukowe czy praktyczne, nie pozostanie bez echa w zapiskach Instytutu stomatologicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego, jak wogóle w stomatologii. Wprawdzie wojny rosyjsko-japońska i bałkańska wykazały wielką doniosłość stomatologii i dentystyki, poza zwykłem ich zadaniem, w niesieniu pomocy rannym członkom wojujących armii, nikt jednak nie przewidywał może, że zadanie to urośnie do tak olbrzymich rozmiarów, jakie zakreśliła mu obecna wojna narodów całego świata w ciągu długiego swojego trwania. Każdy zakład dentystyczny może zawsze wykazać owocne skutki swej pracy, złożonej z ofiarności jednostek, składających umiejętność swoją, czas i pracę na ołtarzu patryotyzmu. Tak było, tak jest i tak będzie do końca rozszalałych zapasów. Dziś dentystyka święci swój tryumf, gdy wykształciwszy metody operacyi, oraz metody konserwatywne, poparta silnie przez ciągle idącą naprzód technikę dentystyczną, stała się samodzielną gałęzią chirurgii. Wojna wywrze niechybnie wielki wpływ na pojęcia w tym kierunku, a stomatologia pozyska przez nią należne poszanowanie, o które przez tyle lat walczy sumienną pracą. Zawcześnie jeszcze na ogólną statystykę, bo wojna trwa, możemy więc zająć się czasową tylko statystyką poszczególnych zakładów; nie wszystkie jednak ją zestawiły i niezupełne tylko dały wyniki, bo praca wre dalej.

W szeregu tych skutecznych prac i nasz zakład nie stał na uboczu. Zakład, który już dawno przekroczył dziesięciolecie swego istnienia, świeżo dopiero, z chwilą przeniesienia do nowego lokalu w r. 1913, przywdział szaty nowe, odpowiadające postępowi nauki i wymogom czasu. Zakład, w tym sensie jeszcze młody, nie miał jeszcze czasu po kilku miesiącach istnienia zorganizować się dokładnie, gdy w drugiej połowie roku 1914 wybuchła wojna.

Ogólny zapał do boju, przemarsz wojsk najrozmaitszych, porwał za sobą wszystko i wszystkich. Każdy przyczynić się chciał dla wspólnej sprawy. I ambulatoryum obwieściło w gazetach, że bezpłatnie ofiaruje swą pracę legionistom i żołnierzom armii sprzymierzonych, potrzebującym pomocy dentystycznej. Liczba leczonych wzrosła kolosalnie, zwiększyły się więc i wydatki na materyały, a fundusze, to jest dotacya zwyczajna, okazały się niewystarczające, zwłaszcza, że wtenczas właśnie na mocy rozporządzenia Ministerstwa W. i O. z dnia 17 sierpnia 1915—41984 w chwili, gdy wszystko drożało, zmniejszono dotacyę zwyczajną o jedną trzecią. Zmniejszenie dotacyi, w czasach pokojowych już za małej, musiało podkopać administracyę i musielibyśmy wskutek tego ograniczyć przyjmowanie tak cywilnych jak i wojskowych pacyentów. Widząc coraz bardziej wzrastającą liczbę zgłaszających się legionistów i biednych z miasta i okolicy, pracowaliśmy przy umniejszonej dotacyi, robiąc długi, o ile kredyt był dostępny. Wszelkie starania o dochody i podania o pomoc finansową nie odniosły skutku. Pełna poczekalnia pacyentów wojskowych i cywilnych nakazywała starać się o ich los dalszy, a ponieważ byli to przeważnie legioniści, wracający z frontu z opłakanym stanem uzębienia, powstała myśl utworzenia specyalnego, bezpłatnego ambulatoryum dentystycznego dla legionistów polskich, czynnych i superarbitrowanych, inwalidów i pozostających w szpitalach twierdzy miasta Krakowa, jakoteż dla sierót i wdów po legionistach.

Bawiący wówczas w Krakowie kapitan sztabu generalnego Włodzimierz Zagórski, szef sztabu Legionów polskich, dopomógł wydatnie do przeprowadzenia sprawy, a skoro Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego przychylnie rzecz zaopiniował, ówczesny komendant Legionów polskich, generał-major Puchalski, wspólnie z szefem sanitarnym podpułkownikiem Dr. W. Rogalskim przyjęli ofiarność kierownika zakładu i rozkazem Komendy Legionów polskich z dnia 27 marca 1916 r. E. Nr. 167 zostało istniejące już de facto ambulatoryum dentystyczne Legionów polskich, otwarte oficyalnie 1 kwietnia 1916 roku.

Jakkolwiek na piśmie było wszystko, w kasie nie mieliśmy nic. Departament sanitarny N. K. N. uchwalił na cele ambulatoryum dawać początkowo miesięcznie kwotę K 100.— Z tą sumą i przy opodatkowaniu się naszego personalu na cele ambulatoryum zaczęliśmy pracę. Z Komendy Legionów polskich przydzieleni zostali rozkazem z dnia 27 marca 1916 Tadeusz Łepkowski, słuchacz medycyny, Ludwik Angelus i Czesław Wiśniewski, technicy dentystyczni. Rozpoczęła się regularna robota, a zakres jej był, jak się okazało w praktyce, w zbyt małych ramach obmyślany. Szeregi szły ze szpitali i stacyi zbornej, ciągnęli inwalidzi, urlopowani i superarbitrowani.

Bywały czasy nagłego wzrostu pacyentów z kilku na kilkudziesięciu, a zdarzały się dnie, w których do 150 osób szukało pomocy w naszym zakładzie. Łatwo zatem znalazła się odpowiedź, czy tego rodzaju ambulatoryum jest konieczne. Odprawiając ten olbrzymi materyał i prowadząc dokładne wykazy z naszych czynności, mogliśmy się przekonać, jakie uszkodzenia w uzębieniu naszych pacyentów sprowadzają nie tylko kule i granaty, ale i skutki odżywiania się twardymi sucharami, skutki wilgoci, ziemianek i t. d. Setki młodych przechodziło przez salę operacyjną, salę wypełnień, pracownię techniczno-dentystyczną, a między nimi zupełnie bezzębnych poniżej lat 30 widzieliśmy około 30, uzupełnień zaś częściowych wykazują pokaźną cyfrę nasze statystyczne zestawienia. Kierując się w zupełności obecnym stanem nauki, staraliśmy się leczyć jak najdalej idącemi metodami konserwatywnemi, oszczędzając to wszystko, co się dało uchronić przed kleszczami, nawet kosztownemi i mozolnemi zdobyczami dentystyki, jak wkłady metalowe lane (inlays) w srebrze, aluminium, złocie i porcelanie, korony metalowe, złote, srebrne, goldinowe, aluminiowe, z metalu Randolfa, zęby ćwioczkowe i t. d. W dostawkach sztucznych, gdzie tylko warunki pozwalały, zasadniczo odrzucaliśmy płyty kauczukowe i metalowe, a robiliśmy roboty mostkowe na śrubach i bez nich, uważając na to, że każda dostawka ruchoma jest dla żołnierza w polu raczej zawadą i daje tylko sposobność do peregrynacyi z rowów strzeleckich na tyły armii.

Rzecz naturalna, że złoto, które prawie wyłącznie obok platyny do tego rodzaju robót powszechnie jest używane, było dla nas z powodu wysokiej ceny niedostępne. Metale nowocześnie podawane i reklamowane okazały się niepraktyczne, a roboty z nich odlewane metodą utraconego wosku (Solbrig-Platschik) wychodziły porowate i na wpływy mechaniczne nieodporne, a w noszeniu pod działaniem chemicznem pokarmów kwaśnych stawały się w krótkim czasie bezużyteczne i estetycznie niemożliwe. Aluminium z powodu niemożliwości lutowania pozostawało do odlewania i wygniatania płyt, w połączeniu z kauczukiem. Materyał ten jednak zdaniem naszem nie nadaje się do robót techniczno-dentystycznych ze względu na różne zachowanie się wobec czynników chemicznie oddziałujących w ustach (kuracya rtęciowa, zetknięcie się z rtęcią i dłuższe stykanie się z kwasami). W takiej masowej fabrykacyi wszelkie roboty, wykonane z nieszlachetnego metalu, albo lichego materyału, wykazały, że lepiej nic nie robić, niż męczyć pacyenta i siebie nadaremnie. To samo odnosić się musi do robót z celuloidyny lub wojennego kauczuku (regenerat), którego wartość dla dostawek na płytach jest żadna, a używanie go jest raczej tylko łatwem pozbyciem się pacyenta na to, aby wkrótce powracał, lub płyty nie używał. Policzywszy koszta jego jazdy, tułania się po szpitalach i stratę czasu, nie znajdziemy i znaleźć nie możemy nigdy rozumnego wyrachowania. Po krótkotrwałych doświadczeniach, kauczuku, tak zwanego wojennego, zasadniczo nie używaliśmy wcale. Drogo, po wprost niezrozumiałych cenach kupowaliśmy kauczuk, używany za czasów pokojowych. znanych i wypróbowanych marek, rozumiejąc, że w ten sposób służymy lepiej legionistom i spełniamy zadanie nasze dla celów wojskowych i sanitarnych, oszczędzając sobie bezużytecznej pracy. Z metali szlachetnych używaliśmy złota tylko w przypadkach, gdy pacyent pokrywał koszta z własnej kieszeni. Nie każdy jednak mógł sobie na to pozwolić, złocenie zaś srebrnych mostków i płyt, jakkolwiek zrazu efektowne, jest jednak za kosztowne, a galwaniczne pozłacanie niema na przyszłość znaczenia.

Zębów używaliśmy: New Departure, Solila guziczkowe, dyatoryczne, zwykłe i anatomiczne i w platynowo srebrnych kramponach. Statystyka wykazuje stosunkowo niezbyt pokaźną liczbę użytych zębów. Było to celowe. Raz dlatego, że dobry ząb amerykański lub angielski stał się podczas wojny kosztowną rzadkością, po drugie dlatego, że przy robotach mostkowych odlewaliśmy zęby z metalu, t. j. ze srebra lub metalu Randolfa, aby uniknąć w tych przypadkach naprawek. Srebro jako takie, do którego przed wojną ani w praktyce prywatnej, ani klinicznej nie miałem żadnego zaufania, okazało się przy starannem czyszczeniu jamy ustnej wcale niezłym materyałem. Procesy chemiczne, t. j. przedewszystkiem tworzenie się siarczków, nie są bynajmniej tak niebezpiecznym czynnikiem, jakby się na pozór wydawało; przeciwnie u ludzi dbających o czystość, powiedzieć można, przechodzą bez wpływu i po dłuższym nawet czasie większych zmian nie można zauważyć. Rzadko kiedy skarżyli się legioniści na przemijający smak metaliczny lub zły wygląd estetyczny. Aliaże, zawierające 90 części czystego srebra, zdatne są do odlewów i stanowią dobry stop nieporowaty, odporny na wpływy mechaniczne. Być może, że srebro po wojnie, albo powiedzmy, nisko karatowe złoto, do którego będziemy używać czystego srebra, wejdzie bardziej w użycie, gdy doświadczenie w tej masowej praktyce wykaże przydatność srebra do celów techniczno-dentystycznych. Jeżeli mówimy o wadach i zaletach

srebra, to trzeba zwrócić uwagę na to, że czyste srebro na korony się nie nadaje, gdyż zbyt szybko się one nagryzają i pękają.

Z metali nieszlachetnych zasługuje na uwagę stary, bo w roku 1873 zestawiony, stop Randolfa (Asepsia Werke, Bayer & Co. Siltigheim Strasburg i E.), który w rękach dobrego technika, dokładnie obznajomionego z metodami sporządzania koron oraz odlewania mostków i płyt, jest materyałem godnym polecenia, choć trudnym do obróbki, lecz dobrym i odpornym na wpływy chemiczne i mechaniczne. Cena może zupełnie dobrze współzawodniczyć z innemi, a materyał na oko nie różni się od złota.

Dotychczasowa praktyka wszelkich zakładów dentystycznych dla niezamożnych używała, jako podstawy dostawek, przeważnie kauczuku. Wojna, która zatamowała jego źródła, uczyła nas dróg nowych, gdy koszt kauczuku, który doszedł do cen niebywałych, przenosił cenę srebra. (Płytka kauczuku wagi 18 gr kosztowała 12 K, gdy 18 gr srebra kosztowało K 5 h 40 t. j. po 30 h za 1 gr).

Rzecz naturalna, że obrawszy w przeważnej liczbie przypadków do robót technicznych system mostków, musieliśmy znacznie rozwinąć postępowanie daleko idącej konserwacyi zębów i korzeni, tworzących podstawę tego działu techniki dentystycznej. Za tem szło powiększenie zakresu działania tak w sali wypełnień, jak i w pracowni techniczno-dentystycznej.

W związku z tą sprawą stoi w prostym stosunku ilość dni leczenia, gdyż zwykła płytka kauczukowa nie da nigdy tyle roboty, ile przygotowania pod mostek, wymagające zaopatrywania i leczenia całego szeregu korzeni, szlifowania pod korony i częstego dewitalizowania zębów, które mają być użyte jako słupy do osadzenia mostka.

W czasach dzisiejszych wydatną pomocą i niezbędnym środkiem do wydawania horoskopów na przyszłość, a zarazem ścisłą kontrolą pracy stały się promienie Roentgena, bez których dentystyka konserwatywna i operacyjna nigdy nie mogłaby stanąć na tej wyżynie, na jakiej się dzisiaj znajduje. Odkrywanie ziarniniaków i ropy nad szczytem korzeni, badanie kierunków osi korzeni w zębodole, to wszystko jest nieodzownym warunkiem przyszłej restytucyi ubytków drogą techniki dentystycznej, poprzedzonej przez czynność czysto lekarską, t. j. leczenie korzenia i przygotowanie podstaw pod dostawkę na stałe osadzoną, mającą wrócić mniej lub więcej ściśle stosunki fizyologiczne. Stąd pochodzi stosunkowo duża ilość zaopatrzeń korzeni, zdjęć rentgenograficznych, plomb, a znikoma ilość ekstrakcyi. Przepatrując inne statystyki (Oesterreich-Ungarische Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde, Heft 1. Jänner 1917. Jahresbericht der stomatologischen Abteilung des k. u. k. Reservespitals in Klagenfurt) widzimy, że n. p. w Celowcu w ciągu roku na 1000 pacyentów:

	Celowiec	Kraków
zrobiono ekstrakcyi	1378	1366
zaopatrzeń korzeni	116	432
mostków	1	132

Ta porównawcza tabela musi przemówić do przekonania, musi zwrócić uwagę na to, że postępowanie nasze było racyonalne, że jednak ma ono możność bytu tam, gdzie rozporządzamy zakładem dobrze urządzonym i dobrze zaopatrzonym we wszystko, czego wymaga nowoczesna dentystyka, dalej zakładem, rozporządzającym całym szeregiem wprawnych sił lekarskich i techników. Innemi słowy mówiąc, opieka sanitarna jamy ustnej i zębów w ścisłem słowa tego znaczeniu potrzebuje centrali, zaopatrzonych w ludzi odpowiednio wykształconych oraz urządzenia nowoczesne.

Ambulatorya polowe mogą dokonywać ekstrakcyi i dewitalizacyi zębów, nigdy jednak nie powinny przedsiębrać większych zabiegów, jak wypełniania, zakładania koron, mostków, sporządzania dostawek, z wyjątkiem łatwych reparatur, gdyż do innych prac trzeba środków, o których wyżej wspomniałem, a dodaję, że na froncie nie łatwo byłoby przeprowadzić instalacye elektryczne i gazowe, które są konieczne, jeśli mamy po robotach spodziewać się dodatnich i możliwie długotrwałych wyników.

Zwracając się od działu technicznego do leczenia operacyjnego, muszę zaznaczyć, że przy ekstrakcyach używaliśmy zawsze środków miejscowo znieczulających, słabo procentowych rozczynów (nowokainy z adrenaliną) i tychże samych do operacyi skrobanek, resekcyi korzeni i t. d.

Mając do rozporządzenia kilka garniturów narzędzi, mogliśmy przeprowadzić wyjałowienie na zmiany, stąd było możliwie szybkie odprawianie pacyentów. Najwyższa frekwencya była 78 ekstrakcyi na dzień, najniższa 7. A w tem miejscu nie od rzeczy będzie nadmienić, że stacya zborna nie jest odpowiedniem umieszczeniem dla pacyentów ambulatoryjnych. Nieraz przecież mogą zdarzyć się krwotoki po wyjęciu zęba, co wymaga specyalnej opieki; to jedno. Po drugie ludzie o zębach bolących, popsutych lub też nie posiadający odpowiedniej ich liczby, nie mogą bez szkody dla zdrowia odżywiać się w taki sposób, jak ludzie zupełnie zdrowi. Następnie umieszczanie ich w stacyi zbornej przewleka sprawę leczenia, gdyż przeznaczeni do służby nie mogą równocześnie zjawiać się w oznaczonym terminie do leczenia.

Ewidencyę prowadziliśmy ścisłą i wskutek niej mogliśmy zawsze i każdemu odpowiedzieć na pytanie, dlaczego czas leczenia był dłuższy, oraz udzielić wyjaśnień nietylko o każdym pacyencie, ale o każdym leczonym zębie. Ścisła kontrola jest w takich przypadkach wskazana, bo pod pretekstem leczenia mogłyby zajść nadużycia, których u nas na chwałę naszych żołnierzy nigdy nie było. Na tem miejscu chciałbym poruszyć sprawę, złączoną z leczeniem innych cierpień po szpitalach, a mianowicie, że lekarze szpitalni powinni jak najrychlej, o ile to możliwe, badać i wysyłać do leczenia uzębienia żołnierzy, żeby to raczej podczas pobytu w szpitalu, jak po nim odbywać się mogło. Leczenie powinno być sumiennie i ściśle przeprowadzone, według uznania specyalisty, a nie, jak się często zdarza, według wskazówek ludzi, którzy się na tem nie rozumieją. Zawsze powinniśmy pamiętać, że zęby nie tylko są do gryzienia, ale że przygotowują pierwszy akt trawienia, są zaporą do dostawania się do dróg oddechowych szkodliwych wpływów, a dobre ich utrzymanie jest jednym z dowodów kultury higienicznej danego narodu.

Plombowanie odbywało się na czterech stołkach, technika na dwóch. Popęd maszyn mieliśmy elektryczny. Organizacyę, która przy tej licznej frekwencyi odgrywała dużą rolę, dokonaliśmy własnemi siłami tych, co się dobrowolnie i bezinteresownie zaciągnęli w szeregi pracowników. Wydatna ta pomoc dawała możność postępowania pracy w szybkiem tempie, a owoce jej przedstawia zestawienie statystyczne.

W roku 1914, 1915 i 1916 do 1 kwietnia leczyło się około 1000 legionistów. Roboty, w tym czasie wykonane, nie są objęte niniejszą statystyką, a koszta ich pokryte zostały z prywatnych funduszów. Od chwili oficyalnego otwarcia ambulatoryum dentystycznego Legionów polskich przy Instytucie stomatologicznym Uniwersytetu Jagiellońskiego, t. j. od dnia 1 kwietnia 1916 roku do dnia 1 kwietnia 1917 roku, leczyło się legionistów 1943, według zawodu w stanie cywilnym: 1) słuchaczy uniwersytetów i uczniów szkół średnich 891, 2) rolników (wieśniaków) 52, 3) rzemieślników 947, 4) cukierników 13, 5) piekarzy 18, 6) kucharzy 22.

Wykonano ekstrakcyi (wliczając w to 24 operacye) 2655, plomb porcelanowych 655, amalgamowych 956, cementowych 726, zaopatrzeń korzeni 841, rentgenogramów 35, a w części technicznej koron 155, plomb srebrnych, złotych i aluminiowych 122, zębów ćwioczkowych 115, mostków 257, części 1121, płytek 4, klamer 10 metalowych, a po 182 płytek i klamer z kauczuku, wreszcie 1529 zębów porcelanowych.

Co do jakości i ilości zębów nadmienić muszę, że cyfra spotrzebowanych zębów 1644 nie jest bynajmniej miarodajną, gdyż kierując technikę brakującego uzębienia na technikę metalową systemem mostkowym, dla trwałości robiliśmy zęby nie porcelanowe, ale odlewane z metalu (złoto, srebro, aluminium, metal Randolfa).

Z powodu braku i wysokiej ceny używaliśmy zębów na sztyfcikach platynowych (Firmy Ash & Sons lub Vhite) tylko wyjątkowo. Na ogół bywały używane zęby dyatoryczne. Zębów o kramponach żelaznych nie używaliśmy wcale, przekonawszy się, że jest to robota, równie wiele dająca pracy i zachodu, jak inne, a wynik jej tak krótkotrwały i nieodporny na wpływy mechaniczne, że nie wytrzymuje żadnej krytyki. Przy wyborze materyału kierowaliśmy się, jak już nadmieniłem, jedynie jego jakością. Wszędzie używaliśmy materyałów jak najlepszych i śmiało możemy powiedzieć, że sumiennością pracy i jakością materyałów osiągnęliśmy wyniki zadowalniające, które odzwierciedlają się w małej ilości naprawek robót technicznych oraz w minimalnej ilości zgłaszających się poraz wtóry w ciągu roku ubiegłego pacyentów, leczonych w latach 1914 i 1915.

Koszt robót we wszystkich działach	K 10353	h 34
Koszt materyałów pozostałych na składzie	» 5132	» 68
Rozchód	K 15486	h 02

W koszta robót, wykonanych w ambulatoryum dentystycznem Legionów polskich wliczono koszta utrzymania zakładu w czystości, a więc koszta wszelkich przyborów gospodarczych, lekarskich, naprawy maszyn, narzędzi etc.

Średni koszt leczenia jednego legionisty wynosił K 5 h 32.

Przy obliczeniach kosztów pojedynczych zabiegów nie rachowało się, rzecz naturalna, lokalu, służby, oświetlenia, ilości zużytego gazu i prądu elektrycznego, ani żadnych wynagrodzeń pojedynczych osób.

W porównaniu z cenami płaconemi przed wojną — według moich obliczeń, któreśmy mniej więcej w ten sam sposób robili przed laty — podwyższenie kosztów materyałów na pojedyncze zabiegi jest przy konserwatywnej części zabiegów wyższe w przybliżeniu o 30%, przy technicznej zaś dosięga 80% do 100%.

Koszta leczenia legionistów, do ambulatoryum o pomoc lekarską się zgłaszających, oraz koszta nabycia materyałów zostały pokryte w części z dochodów, płynących z dobrowolnych składek a nadto z subwencyi, które to dochody wyniosły w okresie sprawozdawczym K 15470 h 86.

W Ambulatoryum dentystycznem pracowali stale lub okresowo: Dr. Izabella Łada, Edward Stefański, Stanisław Frączkiewicz, Tadeusz Łepkowski, Józef Mrozowski, Aleksander Mańkowski, Marya Kamocka, Celina Łepkowska, Ludwik Angelus, Czesław Wiśniewski, Stefania Sikorska, Janina Jachimowiczowa, dalej uczniowie i uczennice szkoły techniczno-dentystycznej: Janina Winterówna, Irena Krzyszkowska, Zofia Łapicka, Wanda Korbusz, Celina Szymańska, Zofia Natterówna, Halina Rakowiczówna, Ferdynand Piotrowski, Walter Pietrzykowski i przydzieleni do Ambulatoryum dentystycznego Legionów polskich rozkazem Komendy Stacyi Zbornej Legionów polskich w Krakowie, w celu prowadzenia ewidencyi wszystkich legionistów (ze stacyi zbornej, szpitali, inwalidów, superarbitrowanych, urlopowanych, przejezdnych w służbie) starsi żołnierze 1 Brygady Tadeusz Hucuł, Meixner 5 pp. i Kazimierz Gizowski 1 pp., którzy byli pomocni przy obliczeniach statystyki zabiegów i ich kosztów.

Składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie Wydziałowi lekarskiemu Uniwersytetu Jagiellońskiego, który zezwolił na prowadzenie ambulatoryum, gdyż przez danie lokalu, maszyn i narzędzi do dyspozycyi Ambulatoryum Legionów polskich przyczynił się do tego, że koszta były minimalne w stosunku do wysokich cyfr pracy i pacyentów.

Rok pracy zakończony. — Co dalej będzie? Trudno na to pytanie odpowiedzieć, gdy się nie zna niewiadomej, która ułoży sprawy legionowe, gdy się w tej chwili nie wie, czy i jakie instytucye legionowe pozostaną w Galicyi. Ostatnie rozporządzenia krzyżują się ze sobą. My dalej pracujemy i chociaż frekwencya w ostatnich czasach zmniejszona, mamy jeszcze wiele do ukończenia, a potem, — ufni, że nasza praca była użyteczna i potrzebna — wierzymy, że miarodajne czynniki potrafią się postarać o dalszy los, o dalsze istnienie tej legionowej instytucyi przy zakładzie stomatologicznym Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Dziękuję wszystkim, którzy czy radą, czy materyalną pomocą przyczynili się do wyników, jakie tu przedstawiłem, a to podziękowanie zwracam w końcu do współpracownic i współpracowników, którzy bezinteresownie i po obywatelsku poświęcili swój czas i wiedzę na usługi naszych żołnierzy.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

W sprawie pensyi dla wdów i sierot po lekarzach, zmarłych przy zwalczaniu epidemii, wydał Trybunał administracyjny w Wiedniu ważne orzeczenie z powodu skargi wdowy po lekarzu okręgowym (z Galicyi). Wdowa ta nie otrzymała pensyi z funduszów krajowych, lecz tylko jednorazową odprawę w kwocie 300 koron, natomiast na zasadzie ustawy o epidemiach z d. 14. IV. 1913. Dpp. Nr 67. otrzymała pensyę z funduszów rządowych wedle VIII. klasy rangi (1.400 kor.) i kwartał pośmiertny (600 kor.), ale z potrąceniem owych 300 kor., uzyskanych od Wydziału krajowego. Wdowa ta w rekursie żądała wymiaru pensyi i kwartału pośmiertnego w stosunku do istotnych ogólnych dochodów z praktyki zmarłego męża oraz z uwzględnieniem kosztów jego choroby i pogrzebu. Orzeczenie Trybunału administracyjnego (L. 10.223 z r. 1916) odrzuca te żądania, ustalając ostatecznie, że pensya dla wdów po lekarzach, zmarłych przy zwalczaniu epidemii, a nie pozostających w służbie państwowej, w żadnym razie nie może przekraczać pensyi VIII. klasy rangi rządowej, a kwartał pośmiertny ma wynosić 600 kor., jednakże bez żadnych potrąceń, nawet gdyby wdowa otrzymała jednorazową odprawę z funduszów krajowych. r.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 16. V. b. r. posiedzenie, na którem Dr Rychliński przedstawił dwa przypadki wypadnięcia i dwa przypadki wad utworowych części rodnych niewieścich, a Dr Bujak miał wykład: O leczeniu stanu durowatego cholery. W dyskusyach przemawiali kol. Blassberg, Braun, Ciechanowski, Meyer, Oszacki, Rychliński, Weinsberg, Wojciechowski i Zubrzycki. Prezes podał do wiadomości kwestyonaryusz w sprawie zboczeń, zawisłych od niedostatecznego odżywiania, wypracowany przez wybraną w tym celu komisyę i rozesłany lekarzom w kraju. Odczytano pisma nowoobranych członków honorowych z podziękowaniem za wybór. Uchwalono wreszcie uznać za pożądane otwarcie w r. b. zdrojowiska w Żegiestowie.

— Dyplom doktorski z uwolnieniem od egzaminów otrzymali Dr Kazimierz Rzętkowski i Stanisław Serkowski z Warszawy.

— Przed wybuchem wojny złożyło grono kolegów ś. p. doc. Dr Stanisława Droby zaczątek funduszu na tablicę pamiątkową. Tablica ta z powodu wojny nie mogła być dotąd wykonana; nastąpi to jednak w najbliższym czasie. Koledzy, pragnący przyczynić się do tej pamiątki, zechcą zgłosić się do Redaktora »Przeglądu lekarskiego«.

Warszawa. Polskie Towarzystwo medycyny społecznej urządziło zebranie lekarskie, na którem rozpatrywano sprawę utworzenia oddzielnego ministeryum zdrowia publicznego. Dr Rzętkowski uzasadniał potrzebę stworzenia takiego ministeryum w obszernym referacie, w którym wykazywał, że w tradycyi naszej tkwi od roku 1807, kiedy powstała samoistna »Najwyższa dyrekcya lekarska Księstwa Warszawskiego«, dążność do wyodrębnienia zarządu spraw zdrowotności publicznej i przekazania ich urzędowi, niezależnemu od innych urzędów centralnych administracyi państwowej. Następnie członek Tym. Rady Stanu, Dr Jankowski, przedstawił projekt organizacyi ministeryum zdrowia. Na czele stoi minister i jego zastępca — obaj lekarze. Ministeryum dzieli się na wydziały: personalu, zakładów, higieny publicznej, prasy i statystyki. Po dyskusyi zgromadzenie przyjęło projekt, który w formie memoryału złożyło Tymczasowej Radzie Stanu.

Zmarli: Dnia 25. kwienia b. r. umarł w Poznaniu, w 75 roku życia, Dr Ignacy Zielewicz, naczelny lekarz szpitala Sióstr Miłosierdzia, wybitny i zasłużony pracownik na niwie naukowej i społecznej. Pomimo rozległej praktyki lekarskiej i zajęć w służbie obywatelskiej, Dr Zielewicz znajdował jeszcze czas na pracę naukową i literacką. Obok licznych prac z dziedziny lekarskiej, ogłosił świetną monografię o Karolu Marcinkowskim. Niezależnie od tego zasilał pisma cennemi pracami z rozmaitych dziedzin życia; Dr Zahorowski z Radziwiłłowa na Wołyniu, gdzie praktykował przez 48 lat, w 76 r. ż. w Szczawnicy; Dr Michał Bełzowski, lekarz okręgowy w Toporowie, w 54 r. ż. z duru osutkowego.

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 23. maja 1917 o godzinie 6 wieczór w **Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku nym: Sprawa gruźlicy w obecnej dobie i środków zaradczych. Referenci: Prof. Latkowski, Dr Bujak, Prof. Godlewski i Doc. Janiszewski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.